



Anuario del Instituto de Historia Argentina, junio 2018, vol. 18, n° 1, e063. ISSN 2314-257X  
Universidad Nacional de La Plata  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación  
Centro de Historia Argentina y Americana

## Filantropía, rehabilitación y terapia ocupacional. Buenos Aires y Río de Janeiro (1943-1960)

**Testa, Daniela Edelvis**

Universidad Nacional de Buenos Aires / Escuela de Política y Gobierno,  
Universidad Nacional de San Martín, Argentina  
danitestu@yahoo.com.ar

**Cita sugerida:** Testa, D. E. (2018). Filantropía, rehabilitación y terapia ocupacional. Buenos Aires y Río de Janeiro (1943-1960) Anuario del Instituto de Historia Argentina, 18 (1), e063.  
<https://doi.org/10.24215/2314-257Xe063>

**Recibido:** 05 Marzo 2018 - **Aceptado:** 10 Mayo 2018 - **Publicado:** 28 de junio de 2018



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR)

## Filantropía, rehabilitación y terapia ocupacional. Buenos Aires y Río de Janeiro (1943-1960)

Philanthropy, rehabilitation and occupational therapy. Buenos Aires and Río de Janeiro (1943-1960)

*Daniela Edelvis Testa*

*Universidad Nacional de Buenos Aires / Escuela de Política y*

*Gobierno, Universidad Nacional de San Martín, Argentina*

*danitestu@yahoo.com.ar*

### RESUMEN:

El artículo examina dos asociaciones de carácter filantrópico consideradas “pioneras” en la rehabilitación de discapacidades motrices: la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), de la ciudad de Buenos Aires, y la Asociación Brasileira de Beneficencia para la Rehabilitación de Río de Janeiro (ABBR), entre 1943 y 1960. Se analiza la circulación de ideas, los modelos asistenciales y de gestión adoptados y la relación de estas entidades con la formalización de los primeros cursos regulares de nivel superior de terapia ocupacional. Palabras clave: filantropía; rehabilitación; terapia ocupacional.

**PALABRAS CLAVE:** Filantropía, Rehabilitación, Terapia ocupacional.

### ABSTRACT:

The article examines two philanthropic associations considered "pioneers" in the rehabilitation of motor disabilities: Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil [Association for the Fight against Child Paralysis], of Buenos Aires city (ALPI) and Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação of Rio de Janeiro city (ABBR) [Brazilian Association of Charities for the Rehabilitation of Río de Janeiro] (ABBR), between 1943 and 1960. The paper analyzes the circulation of ideas, the care and management models adopted and the relationship of these entities with the formalization of the first regular courses of higher level of occupational therapy.

**KEYWORDS:** Philanthropy, Rehabilitation, Occupational therapy.

### INTRODUCCIÓN

El presente artículo está centrado en la circulación de ideas, modelos asistenciales y experiencias de capacitación de recursos humanos, vinculadas con dos iniciativas organizadas desde la sociedad civil para dar asistencia y rehabilitación a las víctimas de poliomielitis en el período comprendido entre 1943 y 1960, en dos ciudades de América Latina. Se examinan dos asociaciones, ambas de carácter filantrópico y consideradas como “pioneras” en la rehabilitación de discapacidades físicas: la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), de la ciudad de Buenos Aires, y la Asociación Brasileira de Beneficencia para la Rehabilitación de Río de Janeiro (ABBR). Se tienen en cuenta dos aspectos, las formas organizativas y los modelos de gestión que adoptaron, y su participación en procesos vinculados con la formación de técnicos en rehabilitación, específicamente con los primeros cursos regulares de nivel superior de terapia ocupacional.

La poliomielitis es una enfermedad que plantea varios desafíos: es infecto-contagiosa, afecta preferentemente a niños de corta edad y puede provocar parálisis de por vida. La ecuación entre enfermedad y discapacidad, que se evidenciaba en los pequeños cuerpos paralizados durante las epidemias, ponía sobre el tapete aquello que se intentaba omitir o disimular: la discapacidad motriz como un problema eminentemente político. Esto es porque interpelaba los debates sobre los tipos de protección social y sus lógicas contributivas y no contributivas, los alcances del sistema e infraestructura sanitaria, los beneficiarios, sus administradores y las fuentes de financiamiento. Durante la primera mitad siglo XX, el reconocimiento de las adversas

consecuencias generales (en términos de gobernabilidad, pobreza o crecimiento) que la falta de asistencia y protección de la población podía significar en el presente y en el futuro mediano, se renovaba frente a cada epidemia. Ello motivó expansiones/retracciones por parte de autoridades de gobierno, vinculadas a la evolución biológica de la enfermedad y a situaciones políticas y sociales más amplias, locales e internacionales.

En Argentina, en la etapa previa a la existencia de las vacunas antipoliomielíticas (1954), fueron las mujeres a través de la filantropía las que estuvieron entre las primeras en generar respuestas institucionalizadas frente al problema de la recuperación y tratamiento de las víctimas de la enfermedad. La creación de la Asociación para la Lucha contra la Poliomielitis (ALPI), en el año 1943, ofreció respuestas concretas a las personas necesitadas de asistencia y rehabilitación. La entidad logró la movilización y la participación de los ciudadanos en las colectas populares y campañas de prevención y divulgación, convirtiéndose en referente público y científico técnico sobre la dolencia (Testa, 2012). En Brasil también fue una asociación filantrópica, la Asociación de Beneficencia Brasileira para la Rehabilitación (ABBR), la que supo concertar intereses comunes entre empresarios, políticos y médicos para dar atención a personas afectadas por la enfermedad. Esta fue creada luego de una importante epidemia que afectó a Río de Janeiro en 1953 y se destacó no sólo por sus fines humanitarios, que alcanzaron raigambre pública, sino como institución formadora de técnicos de rehabilitación de nivel superior.

Hacia la década del cuarenta, a tono con la tendencia mundial de centralización de la infraestructura social en la organización estatal, y con el creciente interés por parte de los gobiernos de controlar y regular el accionar de las asociaciones filantrópicas y de bien público, en ambos países surgieron normativas y legislaciones en dicho sentido. La transformación de un modelo de Estado, en cuanto a un mayor reconocimiento de los derechos sociales, será una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y de la nueva configuración geopolítica en dos mundos que permanecerán enfrentados entre sí durante décadas. Desde la creación y el afianzamiento de la Organización Mundial de la Salud (1946) y otros organismos multilaterales, la salud internacional no será un mero postulado idealista o un medio para que los países más poderosos intervengan sobre las naciones más pobres, sino que también aspiraba a constituirse como una herramienta para garantizar un cierto orden social internacional (Cueto, Brown y Fee, 2011). Dado que el medio para resolver algunos problemas sanitarios solo podría ser a través de un abordaje global, la preocupación por compartir y desarrollar los nuevos descubrimientos y avances de la medicina estaba cada vez más presente en la agenda política y científica de los Estados. En el año 1948 el derecho a la salud fue reconocido por primera vez en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo cual ratificaba el derecho al bienestar, a la asistencia médica y a los seguros por "invalidez". En ese contexto, el movimiento internacional de rehabilitación de posguerra, la transformación de la asistencia y la creación de nuevas carreras humanísticas y de salud, en el marco de una mayor incorporación de mujeres en los ámbitos educativos y en el mercado laboral, construyeron nuevos escenarios y sentidos que atravesaron los procesos sanitarios de ambos países y permite compararlos en algunos aspectos.

En sendos casos, la tardía y fragmentaria institucionalización de políticas estatales de rehabilitación no significó en ningún sentido una disputa de responsabilidades entre Estado y organizaciones filantrópicas, ni acaso la disipación de formas jurídicas y prácticas de abordar el problema, sino que consolidó formas mixtas complementarias de anterior data. La beneficencia y la mera asistencia social, definidas como una gracia o una merced concedida por parte de quien la provee, no aseguran ningún derecho a recibirla. En ese sentido, el reemplazo paulatino de los mecanismos de beneficencia por otras formas de seguridad social reconocidas como derechos, conllevan una misión ética al valorizar moralmente a los individuos (Castel, 2004). En la región latinoamericana, ambas formas de asistencia han convivido a pesar del avance del Estado en el reconocimiento del derecho a la salud.

Entrando en los años 60, el impulso desarrollista que imprimieron las gestiones de Arturo Frondizi (1958-1963) en Argentina y Juscelino Kubitschek (1955-1961) en Brasil, condujo hacia una política de alineación con Estados Unidos que implicó la inclusión en el ámbito internacional de los organismos

“promotores del desarrollo”. En 1961 se realizó en Punta del Este (Uruguay) la Conferencia del Consejo Interamericano Económico y Social, de donde surgió la Alianza para el Progreso como iniciativa para reforzar los vínculos políticos y económicos de Estados Unidos con Latinoamérica. La *Carta de Punta del Este* establecía las prioridades que las políticas sanitarias latinoamericanas debían adoptar, entre ellas la disminución de la mortalidad infantil, el mejoramiento de las condiciones de salubridad, el control de las enfermedades transmisibles y la formación de profesionales y auxiliares sanitarios. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) fue otro de los organismos internacionales que expresó el pensamiento del desarrollismo, cuya influencia se extendió a todo el continente; difundió bases teóricas y metodológicas que sirvieran de instrumento para ejecutar los planes de desarrollo creando, entre otros órganos, el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) en 1962.

Entre los antecedentes historiográficos, una vertiente de estudios reciente ha indagado el papel de las asociaciones voluntarias en los procesos de construcción de las políticas de bienestar del país, poniendo en relieve la participación de las mujeres en las políticas públicas a partir del anclaje en dichos escenarios (Mead, 2000; Bonaudo, 2006; Eraso, 2009; Guy, 2017; Ortiz Bergia, 2012). Desde la historia de las mujeres hay una pródiga vertiente de aportes que abren perspectivas y nuevos interrogantes en ese sentido, al mismo tiempo que destacan la contribución de las mujeres en diversos escenarios sociales, políticos y académicos (Barrancos, 2001, 2007, 2008; Lobato, 2001, 2007; Queirolo, 2008, 2015). Numerosas contribuciones confluyen en señalar que al momento de la distribución del trabajo la mayor carga de las tareas de cuidados recae en las mujeres, quienes absorben gran parte de las responsabilidades del bienestar y la salud de las familias (Julve Negro, 2006; Pautassi, 2007). Respecto al ámbito sanitario, las mujeres adquirieron un rol central desde sus funciones naturalizadas como madres y cuidadoras. Por esa vía conquistaron lugares y funciones en una doble lógica que, al tiempo que favorecía la inclusión en espacios públicos y productivos, reproducía mecanismos de subordinación y segregación con respecto a otros, de acuerdo a estereotipos binarios y jerarquías médicas. Algunas publicaciones recientes analizan desde esta perspectiva las relaciones desiguales de poder en las ocupaciones, tareas y profesiones socio-sanitarias; destacan los lazos de subordinación, autonomía y resistencia y cómo la dominación sexual patriarcal estructuraba las relaciones y los lugares de trabajo, trascendiendo las esferas del hogar (Pozzio, 2012; Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2015; Martin, 2015; Buschini, 2016; Martin y Ramacciotti, 2016; Gavrila, 2016; Testa, 2016).

Otro grupo de estudios dedicado a las asociaciones de ayuda mutua entre personas afligidas por algún tipo de mal o situación desventajosa, ha señalado su presencia frecuente en el mundo occidental desde mediados del siglo XX. En el caso de la poliomielitis, estas proliferaron en todos los países que fueron afectados por la enfermedad; generalmente involucraban como socios activos a los padres de los niños afectados que convocaban a otros sectores de la sociedad (empresariales, confesionales, filantrópicos, etc). Estas asociaciones se constituyeron como un espacio para la elaboración de una identidad colectiva y como facilitadores de inclusión social para los enfermos y sus familias (Rabeharisoa y Callon, 2002; Ballester Añón y Porras, 2012; Testa, 2012).

El corpus del presente escrito está constituido por fuentes primarias (memorias institucionales ALPI, documentos académicos y registro de alumnos de ambos centros de formación) y se nutre asimismo de otras fuentes secundarias historiográficas. Entre ellas, han sido esenciales los trabajos realizados por otros investigadores, a saber, Dilene Nascimento (, , 2010); Nascimento y Eduardo Maranhao (2004); Maranhao (2010); Fabio Barros (2008, 2009); André Campos (2010); Gilberto Hochman (2012); Marcos Cueto (2011); Cueto y Steven Palmer (2015) y Lina Faria (2010). Como lógica expositiva, en primer lugar se describen las dos instituciones y se analizan las modalidades de gestión y organización en un marco de ideas desarrollistas. Luego, se presentan dos de las primeras experiencias de formalización de la enseñanza de la terapia ocupacional, surgidas en cercana relación con las entidades observadas.

## ABBRA Y ALPI. MUJERES, EMPRESARIOS Y FILANTROPÍA

A pocos meses del golpe militar del 4 de junio y del derrocamiento del presidente conservador Ramón Castillo, en un clima social de gran descontento, con una opinión pública pendiente de los acontecimientos de la 2ª Guerra Mundial y un sistema político carente de legitimidad, los habitantes de la ciudad de Buenos Aires resistían también el embate de un brote de poliomielitis surgido a finales de 1942 y comienzos de 1943. En un contexto de incertidumbre biomédica –que persistiría hasta la aparición de la vacuna antipoliomielítica en 1954– ante el problema de las secuelas de una enfermedad que no mataba pero dejaba a la vista grados de invalidez irreversibles, una iniciativa femenina inspirada en ideas filantrópicas constituyó, en 1943, en la ciudad de Buenos Aires, la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), entidad que canalizó sus esfuerzos en la necesidad de encontrar soluciones a los efectos posteriores de la polio. Desde ese ámbito, estas mujeres se involucraron activamente de forma pública con el problema y sus intervenciones sociales avanzaron gradualmente hacia una mayor complejidad, variedad y alcance. Entre esas intervenciones se incluyeron un conjunto de medidas de tipo médico-social tendientes a favorecer y poner en práctica las novedades de la medicina en el campo de la poliomielitis. Para ello, no sólo brindaron una estructura institucional asistencial, sino que destinaron esfuerzos a fomentar la continua formación del equipo de profesionales y su participación en intercambios científicos. El otorgamiento de becas de perfeccionamiento, la continua participación de representantes de la entidad en eventos científicos internacionales y nacionales, la divulgación de materiales educativos y de prevención sobre el contagio dirigidos a la población en general, demuestran el interés en apoyar el desarrollo del conocimiento en el área y en posicionarse como una entidad de referencia en el tema (Argentina, 1943-1963). Las señoras de ALPI se reunieron en principio desde la sensibilidad basada en sentimientos religiosos hacia una situación de enfermedad que afectaba, en algunos casos, directamente el seno de sus propias familias. Hacia la década de 1940 aún resultaba incierta la posibilidad de controlar el contagio de la enfermedad y se hacía necesario implementar los onerosos y prolongados tratamientos de rehabilitación entre las familias más pobres.

Así pues, a través de una alianza médico social, ALPI conformó un modelo de asistencia que combinaría la intervención pública, la filantropía basada en sentimientos religiosos y la ciencia, por cierto a tono con una larga continuidad histórica que asociaba al Estado y a los organismos privados en la distribución de las responsabilidades del cuidado de los niños, pobres y enfermos (Guy, 2011). Esta institución realizaba múltiples actividades en diferentes ámbitos e instancias. Las primeras acciones de ALPI se tradujeron en prestaciones de ayuda a los enfermos que se asistían en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, a través de la provisión de aparatos ortopédicos, dinero para traslados, ropas y medicamentos. En síntesis, la actualización científica; el desarrollo y la difusión de la metodología de abordaje; y la accesibilidad a los aparatos de ortopedia fueron tres de los tópicos en los que concentraron los recursos. Las estrategias de recaudación de fondos estaban basadas en las colectas populares, las donaciones y legados, y los eventos sociales y culturales a beneficio. En este sentido, la metodología utilizada por la Fundación Nacional contra la Poliomielitis en Estados Unidos, que solventaba gran parte de las iniciativas en materia de tratamientos de rehabilitación e investigaciones, constituyó un ejemplo a seguir (Oshinsky, 2005; Berg, 1959). En publicaciones de prensa, en las memorias y en folletería institucional se difundían los nombres y hasta las fotografías de los patrocinadores que realizaban donaciones importantes, en una demostración de la concepción de filantropía no sólo como gesto de utilidad y acción social sino también como expresión de prestigio social.

La creación de la Asociación de Beneficencia Brasileira de Rehabilitación (ABBR) sucedió en los últimos días de gobierno y de vida del presidente Getulio Vargas. El 5 de agosto de 1954, día que se inauguró, se realizó el atentado contra el líder opositor de derecha Carlos Lacerda; este episodio, conocido como el atentado de Rua Toneleros, fue un fuerte desestabilizador del final del gobierno de Vargas que empeoró con el posterior suicidio del presidente el 24 de agosto. La ABBR fue el primer Centro de Rehabilitación del país dedicado a la atención de la parálisis infantil. Su creación fue impulsada por el arquitecto Fernando Lemos,



cuyo hijo había sufrido poliomielitis a los 15 años. Las bases de esta organización surgieron de la alianza entre el sector empresarial –al frente del cual se destacaba Percy Charles Murray, dueño de la Compañía Nacional de Comercio de Café y de una de las compañías de seguros más importantes de Brasil–, un grupo de médicos liderados por el cirujano ortopeda Oswaldo Pinheiro Campos y filántropos sensibilizados con el tema, muchos de los cuales tenían a sus hijos afectados por la enfermedad. La iniciativa ganó el amplio apoyo de empresarios, médicos, industriales, banqueros, comerciantes, militares y señoras de la sociedad, y se constituyó con el fin de promover la recuperación de las víctimas de la parálisis infantil y de accidentes de trabajo, ante la insuficiencia de centros de atención y de recursos humanos especializados que dieran respuesta a dicha demanda. Posteriormente, la ABBR fundó la Escuela de Rehabilitación de Río de Janeiro (ERRJ) con el fin de formar terapistas ocupacionales y fisioterapeutas para asistir a los que acudían al Centro de Rehabilitación (Faria, 2010; Soares, 1991; Barros, 2009).

Igualmente que en el caso de ALPI, el involucramiento directo de personas influyentes que habían sido afectadas de algún modo por la enfermedad fue un rasgo presente. Fernando Lemos, uno de los principales impulsores de la fundación de ABBR, conocía la enfermedad de cerca dado que su hijo había adquirido poliomielitis a los 15 años durante 1952. El arquitecto había organizado un pequeño centro de rehabilitación en su casa con apoyo del empresario Percy Murray y del médico Oswaldo Pinheiro Campos y su equipo; de hecho, la asociación funcionó durante los primeros años en su casa. El empresario, que sería el primer presidente de la Asociación, tenía una severa discapacidad motriz como consecuencia de haber sufrido poliomielitis a los dos años de edad, lo cual no le impedía concentrar el liderazgo de varias compañías de importante envergadura económica. El médico era una autoridad reconocida y respetada en el medio carioca en lo relativo al tratamiento de la poliomielitis. Se desempeñaba como jefe de Cirugía del Hospital Jesús de Rio de Janeiro, era miembro honorario de la Academia Americana de Ortopedia y miembro permanente del Congreso Internacional de Poliomielitis.

La participación de los empresarios fue clave en la historia de ABBR, la mayoría de ellos actuaban en el sector de seguros y tenían interés en propiciar el desarrollo de la rehabilitación física de los accidentados en el trabajo, para lograr su “reinserción social y productiva”. Veían con buenos ojos las ventajas económicas que la rehabilitación significaba al ser el medio para recuperar y maximizar las capacidades laborales de los trabajadores afectados. Es por esto que apoyaban estas iniciativas, así vinieran por parte del Estado como por acciones privadas ejercidas a través de la filantropía. A modo de ejemplo, el mismo Percy Charles Murray era el director de una de las mayores empresas de seguro del país, Ajax Corretores de Seguros SA, vicepresidente de Compañía Nacional de Comercio y vicepresidente del Banco del Noroeste de San Pablo, entre otras empresas. Luego se asoció con Celso da Rocha Miranda y Carlos Guinle para comprar la Compañía Internacional de Seguros de origen alemán. También su socio Celso, amigo personal del presidente Juscelino Kubitschek, fue parte del Consejo Fiscal de ABBR mientras Percy era su presidente. El presidente de la Federación Nacional de Seguros (FENASE) y fundador de la Agencia Internacional de Derecho del Seguro, sección Brasil, Ângelo Mario Cerne, fue otro de los que participó del consejo administrativo de ABBR.

Las relaciones políticas y de negocios de los fundadores y administradores de ABBR conformaron un escenario donde se amalgamaron intereses combinados en un contexto que resultó propicio para que dicha asociación se efectivizara. Ciertamente, la necesidad de instituciones que dieran respuesta a las demandas de rehabilitación, y los equipos médicos interesados en impulsarla, no eran ya una cuestión novedosa en los centros urbanos de Brasil durante la década de 1950. Sin embargo, fue con la epidemia que golpeó a Río de Janeiro en 1953, una de las mayores registradas hasta el momento, cuando se dieron las condiciones que favorecieron el surgimiento de dicha asociación y la puesta en marcha de un proceso que colaboró en el desarrollo del campo de la rehabilitación. La repercusión de la epidemia en la prensa, y la movilización de la población en tiempos políticamente convulsionados, fueron factores que favorecieron la oportunidad de concretar aspiraciones postergadas con el fin de amortiguar los efectos de la emergencia sanitaria.

Las estrategias de recaudación de dinero utilizadas por ABBR eran similares a las utilizadas por ALPI que, aunque tenían un sello peculiar dado por algunos eventos culturales adaptados al gusto porteño o carioca, como ya dijimos, estaban inspirados en la NFIP en tanto recaudaban grandes cantidades de donaciones de pequeño valor, y no sólo descansaban en los aportes de los patrocinadores más relevantes. Ambas entidades realizaban campañas de recaudación con apoyo de los medios y realizaban shows, fiestas y bailes para reunir fondos. La legislación de ambos países prodigaba beneficios fiscales a este tipo de entidades, como la exención de impuestos sobre el patrimonio y las contribuciones y las franquicias para la importación directa de elementos utilizados para la rehabilitación.

A diferencia del caso brasileño, ALPI estuvo dirigida por una comisión directiva femenina. Aunque la presencia de las mujeres en la Asociación brasileña se evidenciaba a través de la colaboración voluntaria de las “Legionarias”, los estudios relevados señalan su participación como importante pero ubicada por detrás del protagonismo de los varones administradores de ABBR. La influencia política de dichos empresarios, la frecuente presencia en los medios y los servicios humanitarios que esta organización ofrecía, propiciaba que muchos políticos y personalidades se interesaran en asociar su imagen pública a dicha entidad y expresaran su apoyo de alguna manera.

La Legión Brasileira de Asistencia (LBA) fue una organización fundada en agosto de 1942 por la primera dama Darcy Vargas con el objetivo de ayudar a las familias de los soldados enviados a la Segunda Guerra Mundial. Luego, al finalizar la guerra, orientó sus fines hacia las familias necesitadas. Generalmente era presidida por las primeras damas. Fue liquidada en 1991 por el presidente Fernando Henrique Cardoso luego de profusas denuncias sobre malversación de fondos durante la gestión de la primera dama Rosane Collor. Las Legionarias de ABBR eran un grupo de mujeres voluntarias de la alta sociedad carioca, muchas de ellas esposas de los empresarios administradores. Se ocupaban de la organización de las fiestas y eventos sociales, realizaban actividades de costura de ropas, apadrinaban niños y asistían en las tareas administrativas y técnicas del centro de rehabilitación. Si bien la organización de esas actividades traía indudables beneficios a las arcas de la asociación, eran los varones los que ocupaban las funciones jerárquicas.

ALPI estaba conducida por una comisión directiva compuesta por un grupo de señoras, un médico como asesor técnico (el primero fue Marcelo Fitte, luego continuó Luis Alberto González) y una Comisión Honoraria Consultiva de Médicos que se convocaba en situaciones extraordinarias y representaba la fuente de legitimidad técnico-científica. Se organizaba en cuatro subcomisiones: Colectas y Fiestas, Del Interior, Propaganda y Prensa, y Asistencia Social, a las que se fueron sumando otras según los posteriores objetivos. En la búsqueda de recursos humanos necesarios para llevar adelante su lucha, recurrieron al reclutamiento de otras mujeres de clases medias y de sectores populares que participaban como voluntarias en distintas funciones de cuidado y asistencia directa, de manera más o menos comprometida (Castro, 2009; Lorenzo, 2009). Si bien en la administración de la entidad y la toma de decisiones las señoras no reconocieron autoridad masculina, en los espacios de participación que ofrecían a las otras mujeres les asignaron un lugar subalterno con una doble sujeción. En primer lugar, a ellas mismas como representantes de la clase dominante. En segundo lugar, al poder médico, mundo regido en su mayoría por varones y representante de un saber considerado científico y legítimo, que mejoraría las naturales condiciones femeninas para el cuidado. Serían ellos los que las capacitarían en conocimientos específicos.

Estos primeros cursos bosquejaron la demanda y los antecedentes para la posterior creación de centros de formación de terapia ocupacional y terapia física, profesiones consideradas “colaboradoras de la medicina”. El esquema de organización en ambas organizaciones era similar: un presidente acompañado por una comisión directiva, un médico a la cabeza de las actividades asistenciales y un consejo consultivo integrado por destacadas personalidades de ámbitos empresariales, políticos y artísticos. Las Legionarias de ABBR organizaban actividades de recaudación de fondos y colaboraban con las actividades de la institución.

## ENTRE LA TRADICIÓN Y LA INNOVACIÓN: LA CONVIVENCIA DE MODELOS

En Brasil, la mayor parte de la legislación sobre filantropía surgió entre 1930 y 1940, acompañada de la creación de las Cajas de Subvenciones y del Consejo Nacional de Servicio Social (CNSS). Ambos fueron los principales organismos que definieron las formas de subvención a las entidades privadas de bien público, especialmente aquellas dedicadas a educación, salud, maternidad e infancia. El CNSS sería el encargado de regular las subvenciones estatales, las donaciones de bienes de la administración pública, de controlar las donaciones deducibles del impuesto a la renta y las transferencias de fondos públicos hacia las organizaciones.

De acuerdo a Mestriner (2001), durante el gobierno de Juscelino Kubitschek (1956-1961) aumentaron de manera significativa los incentivos a las instituciones filantrópicas, con nuevas posibilidades de adquirir financiamiento, modificaciones legislativas relativas a impuestos y deducciones y la concesión de amnistía a las instituciones que adeudaban contribuciones. Por vía de dichos beneficios y subvenciones el Estado financiaba indirectamente las organizaciones filantrópicas que tomaban en sus manos parte de la asistencia sanitaria y social brasileira. ABBR gozó del apoyo directo del presidente y de su esposa Sarah, que estaba a la cabeza de las Legionarias y dirigía importantes esfuerzos para fortalecer la organización y el desarrollo de la rehabilitación en el país.

En Argentina, un similar transcurso tendiente a la centralización de los servicios sociales puede observarse durante esa década (1940), principalmente a partir del desplazamiento de aquellas organizaciones de beneficencia que administraban un importante sector del sistema asistencial y sanitario del país. Aunque este proceso de centralización se produjo en forma “incompleta, parcial y selectiva” (Ortiz Bergia, 2012), ello no impidió que diversas asociaciones, tanto laicas o confesionales de variados fines, desarrollaran su participación sin escollos y sin perder los beneficios otorgados desde el Estado en cuanto a subvenciones y exenciones. Por el contrario, una profusa y variada cantidad de organizaciones de distinto tipo constituyeron el campo asociativo de la época y participaron activamente en los problemas sanitarios y sociales.

Una modalidad representativa de las prácticas de dominación y hegemonía del “dar” tradicional está basada en la figura de la “madre protectora” que concede recursos como forma de política social. Según Bustelo (1996) una muestra de ello sería la feminización de la política social en un estilo personalizado, llevado a cabo por la primera dama que se hace cargo de los más vulnerables y desprotegidos. En sintonía han sido señaladas ciertas características atribuidas al carisma de Eva Perón como una figura representativa del gobierno peronista (Guy, 2017). El rasgo asociado a la figura personalista de las esposas de los notables está claramente presente en el origen de las Legionarias brasileiras y, también, de algún modo, en las bases filosóficas que inspiraron a las fundadoras de ALPI; aunque en el caso de la entidad argentina la idea de protección materna, ligada a concepciones morales de raíz católica sobre la maternidad y las mujeres, predominó sobre las prácticas personalistas e imprimió un sesgo particular a la modalidad de intervención desarrollada por dicha institución (Testa, 2012).

Por otra parte, es oportuno mencionar que algunas de las mujeres que participaron en las primeras comisiones directivas de ALPI y se capacitaron en las técnicas especializadas para tratar las secuelas de la enfermedad (masajes, fomentaciones, movilizaciones y reeducación muscular), fueron las esposas e hijas ilustradas de médicos que se habían especializado en tratar la poliomielitis (Argentina, 1943-1963). A pesar de que ellas ocuparon los cargos jerárquicos que se organizaron en torno a esas actividades, mantuvieron un vínculo de subordinación determinado por la valoración de dichas tareas, consideradas de menor rango profesional y académico. La elección de ejercer una ocupación en función de acompañar el desarrollo profesional del marido o el padre reflejaba los valores de la época, que otorgaban a las mujeres un lugar secundario con respecto a ellos (Lorenzo, 2009).

En Argentina, el programa desarrollista puso en marcha una serie de planes de estabilización destinados a contener la inflación que determinaron la contracción del gasto social. No obstante, Susana Belmartino (1991) advierte que esa contracción no se tradujo en un “achicamiento” del Estado, sino que, por el contrario,



los organismos estatales se expandieron cubriendo nuevos ámbitos de intervención y que, a partir del estímulo a la iniciativa privada, se favorecieron las vinculaciones con sectores empresariales nacionales e internacionales, directamente comprometidos en tareas de planificación del desarrollo.

En Brasil, el programa de salud pública del presidente (y además, médico) Juscelino Kubitschek se propuso hacer frente a las endemias rurales, combatir las enfermedades transmisibles y mejorar las condiciones sanitarias en general, aunque sin lograr los resultados esperados. Los objetivos enunciados para la poliomielitis proponían brindar asistencia a los afectados e implementar la vacunación masiva (Hochman, 2012). La fundación de la moderna Brasilia, la creación del nuevo estado de Guanabara y la transformación de Rio de Janeiro en una ciudad-estado, son algunas de las innovaciones modernizadoras efectivizadas por Kubitschek que reflejan el dinamismo de la época.

Ahora bien, para la década de 1960 ambas entidades (ALPI y ABBR) habían ganado el apoyo de la opinión pública y se habían convertido en instituciones pioneras, representativas del progreso científico y de las innovaciones técnicas y terapéuticas en el terreno de la rehabilitación del aparato locomotor. Debido al prestigio y a la confianza que inspiraban, los gobiernos de ambos países las convocaron a realizar alianzas e intervenciones en las políticas sanitarias. Por ejemplo, ABBR fue consultada, en 1960, para planear y acompañar la instalación del Centro Modelo de Rehabilitación Sarah Kubitschek en la flamante Brasilia, que estuvo bajo su supervisión durante los dos años iniciales. Del mismo modo, ALPI fue llamada por las autoridades sanitarias nacionales para la realización de la Primera Campaña de Recaudación Pro Vacunación, en 1957, con el propósito de reunir fondos entre la población y de ese modo morigerar el impacto económico que la inmunización a gran escala significaría para las arcas estatales. A mediados de 1959, ALPI reconoció en la vacunación una de las actividades más relevantes en su impacto de acción social. Con la colaboración de un gran número de voluntarios, y la exención de impuestos que le permitía la importación directa de la vacuna, la entidad inmunizaba gratuitamente a todos aquellos que lo solicitaran. En sintonía con la “era desarrollista”, ambas entidades mantenían frecuentes intercambios científicos con centros de rehabilitación y equipos de especialistas e investigadores, principalmente de Estados Unidos, aunque también los había con otros países de Europa y América.

Como ya hemos señalado, la preeminencia de los conocimientos provenientes de Estados Unidos no respondió estrictamente a cuestiones técnicas científicas. Decisiones políticas, aspectos económicos y configuraciones simbólicas que conformaron los escenarios locales seguramente gravitaron en que las miradas permanecieran atentas a Estados Unidos. Así pues, en un contexto global que, tanto por razones económicas y políticas como humanitarias y democráticas, concebía a la salud pública en términos internacionales, un factor de indudable importancia fue el accionar de las organizaciones multilaterales. Las enfermedades transmisibles y los brotes epidémicos constituían una amenaza para la seguridad mundial, la estabilidad social, económica y política de las regiones. El temor a no poder controlar la propagación de las enfermedades era una de las razones que hacía necesario que los gobiernos se comprometieran a desarrollar acciones conjuntas (Cueto, Brown y Fee, 2011).

## ESCUELAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Si bien en los centros urbanos del sur (Buenos aires, Río de Janeiro, San Pablo, Minas Gerais) la terapia ocupacional hizo sus primeras apariciones desde el discurso médico como un modelo de abordaje con los personas con padecimientos mentales, y para ubicarse entre la “disminución” y la “incapacidad” de los trabajadores enfermos o lesionados, la demanda social de morigerar los efectos de la parálisis en los niños afectados por la polio como mano de obra futura, se arraigó fuertemente en el campo sanitario a través de un ideario relativo a la rehabilitación como normalizadora y recuperativa. Sus horizontes aspiracionales, enunciados y procedimientos científicos, superpusieron concepciones tradicionales –de fuerte raigambre filantrópica y caritativa– sostenidas por aquellas organizaciones que compartían con la Iglesia y el Estado

la obligación para con los “inválidos” e “improductivos” con otras visiones más cercanas a la perspectiva de derechos y con una fuerte influencia del movimiento internacional de rehabilitación (Soares, 1991; Bregain, 2012; Testa, 2017). Durante las primeras décadas del siglo XX, la utilización con fines terapéuticos del trabajo y otros tipos de actividades fueron parte de la conformación de la rehabilitación como un campo legítimo de intervención que, promovido por el clima de posguerra, empezaba a aglutinar intereses de agencias estatales y privadas promovidos por organismos multinacionales. Por tanto, en aquellos países que no contaron con la presencia significativa de veteranos de guerra, serán las epidemias de poliomielitis uno de los factores que justificaron estrategias destinadas a conformar una estructura sanitaria de rehabilitación, entre ellas la formación de terapeutas ocupacionales y otros técnicos afines a la problemática.

La Escuela de Rehabilitación de la ABBR, fundada en abril de 1956, fue la primera en formar terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas de nivel superior en Brasil. Si bien su creación respondía a informes y lineamientos de la OMS, no adoptaron el plan de formación diseñado por tal organismo, destinado a los países “subdesarrollados”. El mismo consistía en cursos de corta duración, centrado en la capacitación en servicio al interior de establecimientos sanitarios. Este formato educativo será adoptado un año después por el hospital de clínicas de la Universidad de San Pablo (y luego por otras instituciones), elegido como sede modelo de la región por la OMS, y entre cuyos objetivos se enunciaba, fundamentalmente, la rehabilitación de accidentados del trabajo (Soares, 1991). Pero para los médicos y la comisión directiva de la ABBR, la propuesta no fue de conformidad. Focalizados en rehabilitar las secuelas paralíticas de la polio, consideraron que los futuros rehabilitadores (quienes posiblemente atenderían a sus vástagos), deberían contar con igual capacitación que los formados en los “países desarrollados”. Esa podría haber sido una de las razones por las que decidieron implementar un programa inspirado en escuelas universitarias norteamericanas (Barros, 2009). Según Soares, la ABBR contó con menor apoyo gubernamental en relación a otros cursos de terapia ocupacional que se instrumentaron por esos años en distintos estados del Brasil, por su no vinculación con los hospitales universitarios.

Al mismo tiempo, en Argentina, en un contexto de dictadura cívico-militar (Revolución Libertadora, 1956–1958), se conformaban las condiciones que dieron marco a un conjunto de intervenciones estatales tendientes a la consolidación de la rehabilitación. Para dar respuesta a las necesidades sociales impuestas por la intensa epidemia de polio de 1956, entre otras medidas, el gobierno de facto creó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL). Se trataba de una estructura estatal de carácter mixto, compartido con entidades privadas (según denominación de la época), entre las que se encontraba ALPI. Ello expresaba la intención de conllevar la responsabilidad de la carga social de los “inválidos”, viejo problema puesto ahora en evidencia por la poliomielitis, además de retomar experiencias y conocimientos desarrollados en dichos ámbitos. Entre las primeras medidas, la CNRL organizó un instituto de rehabilitación en la ciudad de Buenos Aires e instrumentó programas de capacitación de recursos humanos. Para la puesta en marcha del flamante instituto (1956) contó con la participación del personal técnico de ALPI, cuyo director médico tuvo una participación esencial en la misma CNRL y el mencionado instituto. Ese mismo año, a partir de un convenio con el consulado británico, la CNRL implementó el curso de auxiliares de Terapia Ocupacional, dictado por Elizabeth Hollings. En 1957, ALPI organizó un curso intensivo a cargo de la terapeuta norteamericana Ruby Kroom (California). En paralelo, a partir de un convenio entre el gobierno argentino y la OPS, con asistencia de la Fundación Kenny, se financió la consultoría técnica de la norteamericana Elizabeth Dahlstron, junto a una consultora en terapia física durante un año (Argentina, 1958). Finalmente, luego de frecuentes contactos e intercambios científicos con organizaciones norteamericanas y británicas, y de discutir el programa educativo OPS, la opción del modelo británico para la formación de terapeutas argentinas fue la escogida. Así se creó la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, de acuerdo con los requisitos exigidos por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Abrió sus puertas en abril de 1959 a una delegación de la Escuela Dorset House de Oxford, que se encargaría de poner en marcha esa casa de estudios para dejarla en manos argentinas en 1964. Hay dos versiones sobre la elección del equipo británico para esta misión.

Una de ellas sostiene que fue uno de los integrantes de la CNRL, Nicanor Costa Méndez, quien realizó esta sugerencia debido a que él mismo había realizado tratamiento de terapia ocupacional allí, para recuperarse de algunas secuelas de poliomielitis que había adquirido. Otra, que consideramos no excluyente de la anterior, es que los requisitos de infraestructura exigidos por parte de la Dorset House para la instalación de un centro educativo en nuestro país eran más sencillos de cumplir que los requeridos por otras escuelas norteamericanas (Nabergoi, 2013).

Aunque es indudable la relevancia epidemiológica, social y política de la poliomielitis dada en un contexto internacional de expansión de la rehabilitación, también se debe destacar el factor de involucramiento personal y familiar de algunos actores clave que permitieron movilizar los recursos materiales y simbólicos necesarios. En ambos casos, ALPI y ABBR, nacidas a partir de la voluntad de actores que llevaban marcas de la enfermedad en sus biografías, muestran indicios de ello y explican parte del interés puesto en la rehabilitación y en la formación de los técnicos, más allá de las razones de índole social, científica y política y del apoyo manifestado desde las esferas de los gobiernos. En el caso argentino, la elección del modelo de formación, además de hacer evidente la existencia de pluralidad de agencias, superposiciones o posibles disfuncionalidades, habla también del peso que ejercieron las experiencias y las influencias personales de aquellos que tuvieron injerencia en las decisiones y que prefirieron, al igual que los socios de la ABBR, un plan de formación semejante al de Inglaterra o Estados Unidos, en lugar del plan de estudios abreviados de la OPS.

En ambas escuelas, el programa de estudios y entrenamiento sería de tres años de duración y como requisito de ingreso exigía el título secundario. El plan de estudios regular estaba organizado en tres áreas. El primero estaba dedicado a los “Aspectos Médicos” de la formación, y contemplaba el estudio de las funciones mentales y corporales, la patología, el tratamiento de las alteraciones físicas y psicológicas y la aplicación de la terapia ocupacional a estos tratamientos. El segundo estaba destinado a las “Actividades Terapéuticas”, y en él se estudiaban las técnicas de distintos oficios y labores que se utilizarían en los tratamientos (carpintería, costura, encuadernación, artes plásticas). El tercero concentraba las “Prácticas Clínicas”, período en el que las estudiantes realizaban tratamientos bajo la supervisión de una terapeuta con alguna relativa mayor experiencia, en los centros dependientes de la Comisión Nacional de Rehabilitación, en ALPI y en los hospitales psiquiátricos de la ciudad (Argentina, 1960). La ERRJ compartía un ciclo de formación común con los estudiantes de fisioterapia, que representaba el 70 % del currículo, además de las asignaturas “aplicadas” a la terapia ocupacional. Realizaban las prácticas en el centro de rehabilitación de la ABBR, principal empleador de las primeras cohortes de egresadas (Brasil, 1963).

**CUADRO 1**  
Plan de estudios de tres años de duración de Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) y Escuela de Rehabilitación de Río de Janeiro (ERRJ), 1963.

ENTO	ERRJ
Anatomía	Anatomía*
Fisiología	Fisiología*
Psicología	Psicología*
Teoría de TO	Cinesiología*
Psiquiatría	Psiquiatría*
Biomecánica	Patología general*
Medicina	Física aplicada a la rehabilitación*
Cirugía	<i>Ética e historia de la rehabilitación*</i>
TO aplicada al campo físico I	<i>Administración general*</i>
TO aplicada al campo psiquiátrico I	TO aplicada a Reumatología
Psicopatología Infanto-Juvenil	TO aplicada a Ortopedia
TO aplicada al campo físico II	TO aplicada a Neurología
TO aplicada al campo psiquiátrico II	TO aplicada a Clínica médica
	TO aplicada a Clínica Quirúrgica

Argentina, Escuela de Terapia Ocupacional. Ministerio de Salud y Acción Social. Planes de Estudios y Programas, 1960. Brasil, CNE, Parecer 715/63, Reconhecimento da ERRJ, 1963.

\* Asignaturas compartidas con el plan de estudios de fisioterapia

Para delinear el perfil profesional deseado fueron puestas en juego diversas estrategias educativas y prácticas regulatorias. De acuerdo con el reglamento de la ENTO, las exigencias académicas y el control de los directivos sobre las alumnas eran altos: debían cumplir con el 75% de asistencia y aprobar todas las materias al finalizar el ciclo de cursada para poder tomar los cursos del siguiente año. El régimen de cursada era de siete horas diarias, de lunes a viernes, y disponían de ocho semanas anuales de vacaciones distribuidas en dos periodos (dos en julio y cuatro en diciembre y enero). Tal vez, uno de los puntos más rigurosos establecidos por el modelo británico, era el proceso de selección entre las aspirantes a cursar la carrera, que se realizaba durante un período de tres meses de preselección en el que tomaban cursos teórico-prácticos. La evaluación contemplaba aspectos de personalidad, cognitivos, conductuales y el estado de salud. Se consideraba esencial contar con ciertas cualidades personales tales como el tacto, la madurez de criterio y la iniciativa, manifestar un “real interés en los tratamientos médicos” y la “buena voluntad de destinar gran cantidad de tiempo y energía al trabajo y al estudio”, la “vocación y el amor” (Mac Donald, 1959).

Tanto en la escuela porteña como en la carioca, en las primeras convocatorias para conformar el alumnado se reclutó a jóvenes vinculadas con los socios de ABBR, ALPI y/o con integrantes de la CNRL. Otras trabajaban como voluntarias en instituciones de rehabilitación o se desempeñaban en ámbitos dedicados a la salud y a la asistencia social con alguna capacitación previa (Barros, 2009). El reglamento de alumnas para las Prácticas Clínicas les exigía una “actitud profesional”, que implicaba mantener una “distancia amable” respecto del personal y los pacientes, respetar las jerarquías y conservar pulcritud personal, evitar las joyas, usar escotes discretos y ruidos sin ropa que asomara, zapatos bajos, maquillaje discreto, peinados sencillos y prolijos. Aconsejaba prestar atención a la forma de sentarse (Argentina, circa 1960). La relación entre la proximidad física que exigían las intervenciones propias de la terapia ocupacional y la preservación de la asimetría y de la distancia social propia del vínculo terapeuta-paciente, constituía un punto de tensión del presunto perfil profesional que debía combinar rasgos y conocimientos técnicos con atributos afectivos y motivacionales.

En la ERRJ también existía un Código de ética que regulaba comportamientos frente a los asistidos, aunque más que nada cargaba las tintas en preservar la posición subalterna de la terapia ocupacional y la fisioterapia en relación a la medicina, remarcando la estricta jerarquía que debían regular las intervenciones (Brasil, circa 1956).. En sus inicios, la presencia femenina entre los estudiantes de terapia ocupacional y fisioterapia de la escuela carioca fue mayoritaria (casi el 80% del alumnado) (Brasil, 1958) La minoría de varones se inclinó hacia la fisioterapia, cuya matrícula superaba la de terapeutas ocupacionales en una relación de cuatro a una. Hacia la cuarta cohorte (1961) entre los egresados de fisioterapia, el número de varones y mujeres se había equilibrado, logrando preponderancia masculina hacia 1965 (Barros, 2009). Esa tendencia no se replicó con las terapeutas, cuya elevada composición femenina continúa hasta nuestros días, tanto en Brasil como en Argentina.

En ambas escuelas, los criterios que delineaban el perfil técnico y moral de las egresadas se basaban en las concepciones de género de la época, que naturalizaban las condiciones de vocación y de servicio de las mujeres y garantizaban la subordinación al poder médico (Soares, 1991; Barros, 2009). El surgimiento de esta nueva profesión femenina, que combinaba las artes y las manualidades con los cuidados médicos en un marco de valores humanísticos, constituyó un espacio de sociabilidad que permitió a aquellas mujeres el acceso al trabajo, a los ambientes académicos y a la autonomía económica en armonía con los valores imperantes, que aceptaban de mejor ánimo que la mujer se volcara hacia ámbitos considerados extensiones del mundo doméstico.

En 1961 egresaron de la ENTO las primeras ocho terapeutas ocupacionales. En 1962, el número ascendió a veintisiete terapeutas (Argentina, 1992). En ese mismo año se logró el reconocimiento oficial del plan de estudios por parte de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, la declaración de la Terapia Ocupacional por parte del Ministerio de Acción Social y Salud Pública como rama auxiliar de la medicina, y se constituyó la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. De manera similar, en 1957, finalizó la primera camada de la ERRJ, con 7 terapeutas. La segunda, en 1963, aumentó a 23. Ese año el plan de estudios de tres años obtuvo el reconocimiento del nivel universitario por el Consejo Nacional de Educación. Ello significó, en cierto modo, una victoria del modelo de formación universitario sobre el modelo de formación de OPS, que se venía implementando en otros puntos de Brasil. Al establecer un piso en cuanto a la duración y contenidos, traccionó a otras escuelas que se vieron obligadas a incrementar sus currículos (Soares, 1991).

## A MODO DE CIERRE

Como vimos, estas dos organizaciones consideradas pioneras lograron convertirse en representativas de una nueva manera de gestionar las organizaciones filantrópicas, con gran eficiencia y dinamismo. La entidad carioca estableció un estilo de filantropía laica ejercida por un grupo de empresarios y profesionales liberales aunados en pos de un objetivo común. De ese modo, se alejaba de la conocida figura del mecenazgo ejercida sólo por un gran filántropo (como había sido el caso de Guilherme Guinle en la primera mitad del siglo XX con la *Fundación Gaffrée Guinle* que brindaba asistencia médica a los pobres de Río de Janeiro) (Barros, 2008).

Nacida con un barniz de optimismo desarrollista, la ABBR implementó acciones concretas para aliviar el problema de la rehabilitación, a la vez que se convirtió en un escenario de alianzas entre muchos, redituable a los intereses de empresarios, políticos y médicos.

La organización porteña, también laica, aunque con fuertes raíces católicas, fue precursora y se convirtió en un actor importante en el establecimiento del modelo de la rehabilitación en Argentina. El estilo y los modos de organización, en sus primeros años, presentaban pinceladas de las tradicionales prácticas de las Damas de la Sociedad de Beneficencia. El posicionamiento de clase y los valores que se reflejaban a través de las prácticas del “dar” acentuaban la dominación y la hegemonía. En tiempos de Guerra Fría, ambas entidades sintonizaron con el llamado optimismo sanitario posterior a la Segunda Guerra. La disposición



de nuevos recursos terapéuticos y de prevención (como los antibióticos, sulfas y vacunas) por parte de los gobiernos y de las organizaciones internacionales y organismos de cooperación imponía nuevos desafíos y exigía estar a la altura de los progresos (Hochman, 2012). ALPI y ABBR estuvieron profundamente enraizadas en su tiempo, en espacios de construcción de hegemonías y consensos, disputas y tensiones vinculados con posicionamientos ideológicos, procesos económicos y políticos que enlazaron contextos locales con otros más amplios que atravesaron las fronteras geográficas, culturales y políticas. Si bien la presencia de organismos internacionales ejerció sus intereses a través de programas sanitarios (OPS), de rehabilitación profesional (OIT) y educación especial (UNICEF), acordes a la expansión del movimiento de rehabilitación (Bregain, 2014), su influencia fue cuestionada por los actores locales que, lejos de aceptar pasivamente las condicionalidades impuestas, establecieron tensiones y pujas de acuerdo a los marcos de viabilidad institucional y establecieron vinculaciones entre procesos regionales y mundiales.

Apoyada en la relación con la medicina y la filantropía, la terapia ocupacional gestó sus inicios en una ambivalente relación de subordinación y autonomía. Si bien la medicina y la filantropía le daban cierto respaldo moral y garantía de cientificidad necesarios para ganar legitimidad social, la determinaciones ligadas al amor y la vocación y las restricciones definidas en tanto profesión “paramédica”, la ubicaron en una posición de menor jerarquía científica y valoración social. Desde ese punto de partida, la Terapia Ocupacional delimitó un campo de intervención y un saber hacer propios. La persistente marca de género, que se ha mantenido a lo largo de los años, da cuenta de la construcción histórica de una identidad profesional sexuada y de la continuidad hasta nuestros días de aquellas representaciones y modelos culturales que la concibieron como una profesión naturalmente destinada a las mujeres.

Es mi deseo que algunas de las cuestiones tratadas en este artículo puedan ser útiles para establecer relaciones con los problemas del hoy, como las dificultades para la reglamentación de la ley del ejercicio profesional de terapeutas ocupacionales en Argentina, los actuales espacios de subalternidad que se mantienen en ámbitos sanitarios y académicos, o las tensiones que se entrecruzan con otras categorías profesionales y el reconocimiento de sus competencias en los marcos institucionales y normativos de los sistemas de salud. Quizá puedan encontrar en este material ideas estimulantes para abrir debates y reflexiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Argentina (1943-1963). Memoria y Balance Institucional Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil, Buenos Aires.
- Argentina (1958) Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1958) Memoria de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, Buenos Aires
- Argentina (1960). Ministerio de Salud y Acción Social. Escuela de Terapia Ocupacional. Plan de Estudios y Programas, Buenos Aires.
- Argentina (circa 1960). Ministerio de Salud y Acción Social. Escuela de Terapia Ocupacional Reglamento. Comportamiento de una futura Terapeuta Ocupacional Archivo Histórico Asociación Argentina de Terapia Ocupacional.
- Argentina (1992) Ministerio de Salud y Acción Social. Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Registro de egresados.
- Ballester Añón, R. y Porras, M. I. (eds.) (2012). Políticas, respuestas sociales y movimientos asociativos frente a la poliomielitis: la experiencia europea (1940-1975). *Dynamis*, 32(2), 273-414.
- Barrancos, D. (2001). *Inclusión/Exclusión. Historia con mujeres*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Barrancos, D. (2007). *Mujeres en la sociedad Argentina. Una historia de cinco siglos*, Buenos Aires: Sudamericana.
- Barrancos, D. (2008). *Mujeres, entre la casa y la plaza*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Barros, F. B. M. (2008). Poliomielite, filantropía e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3), 941-954.

- Barros, F. B. M. (2009). *Fisioterapia, poliomielite e filantropia: a ABBR e a formacao do fisioterapeuta no Rio de janeiro (1954-1965)* (Tesis de Doctorado). Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz: Río de Janeiro.
- Belmartino, S. (1991). Políticas de salud en Argentina: perspectiva histórica. *Cuadernos Médico Sociales*, 55, 13-33.
- Berg, R. (1959). *La lucha contra la poliomielitis*. Buenos Aires: Nova.
- Biernat, C., Cerdá J. M. y Ramacciotti K. (2015). Introducción. En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 13-18). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Bonaudo M. (2006). Cuando las tuteladas tutelan y participan. La Sociedad Damas de Caridad (1869-1894). *Signos Históricos*, 15, 70-97.
- Brasil (1959-1980). Escola de Reabilitação de Rio de Janeiro. Tabela de alunos matriculados e graduados em Fisioterapia e Terapia Ocupacional de ERRJ, de 1958 a 1980. (Acervo pessoal Maria Antonia Pedrosa Campos). Em F. B. M. Barros (2009). *Fisioterapia, poliomielite e filantropia: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro (1954-1965)* (Anexo). Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz. Río de Janeiro.
- Brasil (1963) Parecer 715/63. Reconhecimento da Escola de Reabilitação de Rio de Janeiro. Em F. B. M. Barros (2009). *Fisioterapia, poliomielite e filantropia: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de janeiro (1954-1965)* (Anexo). Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz: Río de Janeiro.
- Brasil (circa 1956) Código de Ética do Técnico de Reabilitação (acervo ABBR). Em F. B. M. Barros (2009). *Fisioterapia, poliomielite e filantropia: a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de janeiro (1954-1965)* (Anexo). Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz: Río de Janeiro.
- Bregain, G. (2012). Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En L. Pantano (comp.), *Discapacidad e Investigación: aportes desde la práctica* (pp. 111-166). Buenos Aires: EDUCA.
- Bregain, G. (2014). *L'internationalisation imparfaite d'un emodernité nord-atlantique. Essai d'histoire croisée des politiques publiques du handicap en Argentine, au Brésil et en Espagne (1956-1982)*, (Thèse de Doctorat), Universidade Federal de Santa Catarina-Université de Rennes II.
- Buschini, J. (2016). Surgimiento y desarrollo temprano de la ocupación de dietista en la Argentina. *Avances del Cesor*, 18(15), 135-156.
- Bustelo, E. (1996). El abrazo. Reflexiones sobre las relaciones entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales. *Enoikos. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas*. Universidad de Buenos Aires, 3(9), 19-27.
- Campos, A. L. V. (2010) A história da poliomielite no Brasil antes da vacina: modelos, epidemias e dilemas. En Dilene Raimundo do Nascimento (org.), *A história da Poliomielite* (pp. 15-52). Río de Janeiro, Garamond.
- Campos, A. L. V., Nascimento, D. R. y Maranhao, E. (2003). A historia da poliomielite no Brasil e seu control por imunizacao. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 10(2), 573-600.
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial.
- Castro, B. (2009). Las visitas domiciliarias en Colombia. Del trabajo voluntario a su profesionalización. En Y. Eraso (ed.). *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX*. Córdoba: Ed. Alción.
- Cueto, M. y Palmer, S. (2015) *Medicine and Public Health in Latin America: A History*, New York, Cambridge University Press.
- Cueto, M., Brown T. y Fee E. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico*, 69(38), 129-156.
- Eraso, Y. (ed.) (2009) *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX*. Córdoba: Ed. Alción.
- Faria, L. (2010) As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 17(1), 69-87.
- Faria, L. y Santos, L. A. C. (2011). As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, 18(1), 227-240.
- Gavrila, C. (2016). Prevenir y persuadir. La radio y las Visitadoras de Higiene en las décadas de 1930 y 1940 en la ciudad de La Plata. *Avances del Cesor*, 13(15), 93-111.

- Golbert, L. (2010). *De la sociedad de Beneficencia a los derechos sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo de la Nación.
- Guy, D. (2011). *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Guy, D. (2017). *La construcción del carisma peronista. Cartas a Juan y Eva Perón*. Buenos Aires: Biblos
- Hochman, G. (2012). Brasil no es solo enfermedad: Juscelino Kubitschek y la búsqueda de una nueva representación para el país. En G. Hochman, M. S. Di Liscia y S. Palmer (comps.), *Patologías de la patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina* (pp. 233-255). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Julve Negro, M. (2006). Dependencia y cuidado; implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e investigaciones sociales*, 22, 260-282.
- Lobato, M. (2001). *La vida en las fábricas. Trabajo protesta y política en una comunidad obrera. Berisso (1904-1970)*. Buenos Aires: Prometeo.
- Lobato, M. (2007). *Historias de las trabajadoras en al argentina (1869-1960)*. Buenos Aires: Edhasa.
- Lobato, M. (ed.) (1996). *Política, médicos y enfermedades*. Buenos Aires: Biblos
- Lorenzo, M. F. (2009). *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la Universidad* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de San Martín.
- MacDonald, E. M. (1959). Conferencia: La Terapia Ocupacional en la Rehabilitación del Lisiado. *Anales del 3° Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado, 2° parte* (pp. 625-635). Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.
- Maranhao, E. (2010). A história das vacinas contra a poliomielite. En D. R. do Nascimento (org.), *A história da Poliomielite* (pp. 53-84). Rio de Janeiro: Garamond.
- Martin, A. L. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. Ramacciotti (dirs.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina (257-286)*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Martin, A. L. y Ramacciotti K. (2016). Profesiones sociosanitarias: género e historia. *Avances del Cesor*, 13(15), 81-92.
- Mead, K. (2000). Beneficent Maternalism: Argentine Motherhood in Comparative Perspective, 1880-1920. *Journal of Women's History*, 12(13), 120-145.
- Mestriner, M. L. (2001). *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez.
- Nabergoi, M. (2013). *El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de la Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976)* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Lanús.
- Nascimento D. R y Maranhão E. P. (2004) Uma gota, duas doses: criança sadia, sem paralisia. En D. R. Nascimento y D. M. Carvalho. (orgs.). *Uma história brasileira das doenças* (pp. 229-241). Brasília: Paralelo 15.
- Nascimento, D. R. (2011). As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). *Ciencia & Saude Coletiva*, 16(2), 501-511.
- Nascimento, D. R. (org.) (2010). *A história da Poliomielite*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Ortiz Bergia, M. J. (2012). La centralización de las políticas sociales en la Argentina. El modelo benéfico asistencial y los gobiernos peronistas en Córdoba, 1946-1955. En K. Ramacciotti y C. Biernat (eds.). *Entre demandas y resistencias. Argentina 1930-1970* (pp. 67-98). Buenos Aires: Biblos.
- Oshinsky, D. (2005). *Polio. An American Story. The crusade that mobilized the nation against the 20th century's most feared disease*. Nueva York: Oxford University Press, 2005.
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo, 87. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pozzio, M. (2012). Análisis de género y estudios sobre profesiones: propuestas y desafíos de un diálogo posible y alentador. *Sudamérica*, 1, 99-129.
- Queirolo, G. (2008). El mundo de las empleadas administrativas: perfiles laborales y carreras individuales (Buenos Aires, 1920-1940). *Trabajos y Comunicaciones*. Universidad Nacional de La Plata, 34, 2a. época, 129-151.

- Queirolo, G. (2015). Dactilógrafas y secretarias perfectas: el proceso de feminización de los empleos administrativos (Buenos Aires, 1910-1950). *Historia Crítica*, 57, 117-137.
- Rabeharisoa V, Callon M. (2002) La participación de las asociaciones de pacientes en la investigación. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 171. [citado 3 de abril 2018]. Disponible en <http://www.oei.es/salactsi/volona.pdf>
- Rosenberg, Ch. (1992). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. Nueva York: Janet Golden.
- Soares, L. B. T.(1991). *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* San Pablo: Hucitec.
- Testa, D. E. (2012). La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico social. Buenos Aires, 1943. *Revista Salud Colectiva*, 8(3), 299-314.
- Testa, D. E. (2016) Poliomielitis, rehabilitación y los “etcétera” del cuidado: visitadoras, nurses y voluntarias. *Avances del Cesor*,13(5), 157-179.
- Testa, D. E. (2017). La terapia ocupacional antes de la terapia ocupacional en Argentina. Antecedentes y delimitaciones de un campo de intervención en disputa (primera mitad del siglo XX). En N. Yujnovsky y L. Arrieta (comp.), *El encuentro con otro transforma escenarios* (pp. 50-56). Paraná: editorial Fundación La Hendija. Disponible en <http://cotoer.com.ar/archivos/LibroCongreso.pdf>